1908.

Ueber interparoxysmale transitorische Symptome der Epileptiker.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

k. bayer. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Ludwig Weyland

aus Neustadt a. H.

z. Zt. Assistenzarzt der Kreis-Irren-Anstalt Klingenmünster.

STANF. UNIVERSITY LIBRARY OCT 27 1908

Tag der mündlichen Prüfung: 8. April 1908.

1908.

Druck von Louis Göbring & Co.

Frankenthal.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153716_0308

Ueber interparoxysmale transitorische Symptome der Epileptiker.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

k. bayer. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen

vorgelegt von

Ludwig Weyland

aus Neustadt a. H.

z. Zt. Assistenzarzt der Kreis-Irren-Anstalt Klingenmünster.

Tag der mündlichen Prüfung: 8. April 1908.

1908.

Druck von Louis Göhring & Co.

Frankenthal.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen
Fakultät der Universität Erlangen.

Referent: Herr Professor **Dr. Specht.**
Dekan: Herr Professor **Dr. Graser.**

Seiner treuen Mutter

und dem Andenken

seines lieben Vaters.

Während man in früherer Zeit bei der Beurteilung der Epilepsiefrage das Hauptgewicht auf die paroxysmalen Krampfzustände und die damit unmittelbar zusammenhängenden psycho- und neuropathischen Erscheinungen legte und dann erst relativ spät neben der psychopathischen Habitualverfassung der Epilepsie die als Aequivalente gedeuteten Irreseinsparoxysmen in ihrer spezifischen Bedeutung kennen lernte, ist man im Laufe eingehender Beobachtung zur Erkenntnis gekommen, dass auch die zwischen diesen sei es konvulsivischen, sei es psychopathischen Paroxysmen verlaufende Zeit durchaus nicht den einförmigen Charakter an sich trägt, wie man gemeinhin anzunehmen geneigt war und zum Teil noch ist.

Je mehr man aber die abortiven Krampfanfälle in ihren feinsten Varianten kennen lernte und je mehr man die zarteren Nuancen der psychischen Aequivalente studierte, um so reicher musste sich naturgemäss die Symptomatologie des Zustandes zwischen den grossen Anfällen gestalten. Allein es gibt darüber hinaus bei Epileptikern noch interparoxysmale Erscheinungen transitorischen Charakters genug, die noch lange nicht genügend gewürdigt sind und die an Reichhaltigkeit zunehmen, je mehr man auf sie zu achten sich einmal gewöhnt hat. Gewiss, auch sie kann man schliesslich unter die Rubrik der Abortivanfälle oder Aequivalente bringen, allein es ist damit nicht allzuviel gesagt. Am besten hält man sich zunächst an die schlichte Empirie. Sind doch ihre Ergebnisse an sich schon ohne jede mehr oder weniger gewagte Deutung von einer praktischen Wichtigkeit, die ohne weiteres in die Augen springt. Wenn man

bedenkt, dass selbst der Anstaltsarzt bezüglich der Krampfanfälle zumeist auf die Schilderung anderer angewiesen ist, und dass andererseits die präzisere Diagnose der Epilepsie vielfach gerade in jenen Fällen von besonderer Bedeutung ist, wo auch der chronische Geisteszustand sich noch nicht mit Händen greifen lässt, so wird man nicht leicht all' jene auch nur die Wahrscheinlichkeit der Diagnose vermehrende Symptome zu unterschätzen geneigt sein. Dass aus ihrem näheren Studium dann auch noch die wissenschaftliche Auffassung der Epilepsie ihren Gewinn einheimsen wird, versteht sich von selbst.

Wie man die paroxysmalen Erscheinungen der Epilepsie — in folgendem ist immer nur von der genuinen Epilepsie die Rede — in somatische und psychische Symptome eingeteilt hat, so bestehen auch die interparoxysmalen Aeusserungen aus somatischen und psychischen Komponenten. Wir werden also in Folgendem zu unterscheiden haben:

a. die interparoxysmalen somatischen, die wieder in subjektive und objektive Krankheitserscheinungen zerfallen und

b. die interparoxysmalen psychischen Aeusserungen.

Unter den subjektiven somatischen Symptomen sind es vor allem sensible Beschwerden, die von den Patienten geklagt und ihnen sehr lästig werden, besonders kommt dies dann vor, wenn die Anfälle in Serien auftreten und längere Intervalle zwischen den einzelnen Serien bestehen. Aber gerade hiebei sind sie besonders von praktischer Wichtigkeit bei Leuten, die noch keine offensichtliche Epileptiker sind.

Wir finden Schmerzen mannigfacher Art und Lokalisation. Bald handelt es sich um „Störungen der Gemeinempfindungen" (Kitzel-, Schauder-, Juck-, Kribbelempfindung der Haut), bald um neuralgiforme

Schmerzen im Verlauf der Intercostalnerven, Gürtelgefühle, Muskel- und Gelenkschmerzen, pathologische Spannungsempfindungen in den Muskeln der Extremitäten und des Rumpfes. Bald sind es vasculäre Schmerzen und endlich schmerzhafte Empfindungen im Bereiche der vegetativen Organe, Erscheinungen, die nach Binswanger sehr nahe der hyperalgetischen Form der Neurasthenie verwandt sind und nur durch genaueste Untersuchung und Beobachtung als Ausflüsse des epileptischen Zustandes gekennzeichnet werden müssen. Sie unterscheiden sich von andern Schmerzen durch folgende Momente:

1. treten sie plötzlich nach Perioden völligen Wohlbefindens ohne äussere Ursache auf und
2. fehlt jeder objektive Befund.

Neben diesen subjektiven Symptomen treffen wir auch allerlei objektive und hier sind es vor allem Erregungserscheinungen von Seiten des Truncus und der Extremitätenmuskulatur und zwar am häufigsten im Bereiche der unteren Extremitäten. In letzterem Falle sind es charakteristische Gehstörungen, welche denen der spastischen Spinallähmung ausserordentlich ähnlich sind. Die Fussspitze klebt am Boden, da das Bein nur unbeholfen mit steifem Knie und unter Hebung des Beckens vom Boden aufgehoben werden kann, wodurch der Gang schleppend und schlürfend wird. (Hier ist natürlich immer nur von vorübergehenden Störungen die Rede.)

Ueberhaupt sind alle Bewegungen schwerfällig, die Patienten klagen über Schwächegefühle in den Beinen, „die Beine bewegt der Kranke so, als wenn er betrunken wäre.“ Eine andere motorische Erscheinung äussert sich in tonischen Krämpfen der einzelnen bei der Bewegung beteiligten Muskeln. Sarbo berichtet von zwei Fällen, bei denen der Kranke durch Anspannen seiner Fussmuskeln deren tonischen

Krampf erzeugen, ein anderer dasselbe von seiten seiner Nackenmuskulatur hervorrufen konnte. Auch klonische Krämpfe können eine grössere Anzahl von Muskeln der betreffenden Extremität einschliesslich der Antagonisten befallen, ohne dass aktive Bewegungen ausgeführt werden.

Letztere Erscheinungen konnten wir hier bei einem Untersuchungsgefangenen beobachten, von dem noch öfters die Rede sein wird. Es heisst in dem Gutachten: „Am 22. Juli 1907 treten bei ihm in den linken untern Extremitäten, besonders in der Streckmuskulatur, ausgiebige klonische Zuckungen auf, die noch stärker wurden, als Patient sich unbeobachtet wähnen kann."

Es sind dies die sogenannten „Myoclonieen" Unverrichts, welche als selbständige, klonische Krämpfe in symmetrischen Muskeln der obern und untern Extremitäten bestehen, und welche, wie Schultze nachwies, das ganze Leben hindurch auftreten können, ohne sonstigen Symptome, und ohne dass bei der Sektion irgend eine Veränderung des Nervensystems gefunden werden kann. Neben diesen Erscheinungen findet man oft fibrilläre Zuckungen und vor allen Dingen ausgeprägten Tremor. Féré hat sich ausführlich mit den letzteren Erscheinungen beschäftigt und genaue Untersuchungen angestellt und kam zu dem Resultate, dass „bei Epileptikern auch im normalen Zustande der Tremor sehr selten fehlt." Da Féré nicht auf dem Standpunkte steht, dass es interparoxysmale Symptome gibt, so müssen wir nach den jetzigen Anschauungen in der Epilepsiefrage diesen sogenannten „normalen Zustand" als interparoxysmales Stadium bezeichnen. Auch Sommer erwähnt in seinem Lehrbuche der psychopathologischen Untersuchungsmethoden die Zittererscheinungen an den Händen, besonders ein seitliches Zittern der Finger und betont,

dass es sich dabei um leichtere motorische Aeusserungen desselben Zustandes handelt, der sich in stärkerer Weise durch die allgemeinen Krämpfe entladet. In seinem Buch „Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie“ verwendet Sommer ebenfalls die Untersuchungen über Zitterbewegungen, um die Diagnose Epilepsie zu sichern. Auch Raecke erwähnt die Zittererscheinungen.

Wir finden alle Arten von Tremor, nicht nur der Hände, sondern auch einen solchen der Zunge in toto, womit gleichzeitig auch ein Zittern der Lippen verbunden sein kann. Auch statischer Tremor kann vorhanden sein. Endlich treten auch besonders nachts Anfälle von gewissen, wahrscheinlich reflektorisch bedingten, ruckartigen Stössen bei absoluter Muskeluntätigkeit gelegentlich ohne Bewusstseinsstörungen im Gegensatz zu den rudimentären Anfällen auf, welche meistens mit Bewusstseinsstörungen einhergehen und unter dem Einflusse von Affekten oder peripheren Reizen stehen. (Nadelstiche etc.). Auch hier betont Féré, dass alle Erscheinungen von ruckartigen Erschütterungen des Körpers als unvollständige Anfälle anzusehen sind.

Es bestehen ferner erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit und Steigerung der Sehnenphänomene. Féré hat sich mit diesen Untersuchungen beschäftigt, wie er betont, in der anfallsfreien Zeit. Er fand bei 133 Epileptikern, dass bei 108 die Muskelerregbarkeit gesteigert war, bei 25 fehlte sie. Besonders von seiten der Kniephänomene sind ausgedehnte Untersuchungen vorhanden, die Brevor angestellt hat, und die namentlich Sommer in ihrer ganzen Bedeutung durch seine psycho-pathologischen Untersuchungen richtig zu würdigen gelehrt hat. Interessant sind diese Untersuchungen der Kniephänomene in so fern, als sie periodisch auftreten und wahrscheinlich differential-diag-

nostischen Wert besitzen, so dass oben erwähnter Autor zu dem Ergebnis auf Grund seiner Untersuchungen kommt, dass der auffallende Wechsel in dem Ablauf des Kniephänomens sich häufig bei Epileptikern findet. Eine besondere Beachtung erfordern die dynamometrisch nachweisbaren, motorischen Schwächen. Es lässt sich leicht feststellen, dass eine erhebliche, motorische Schwäche vorliegt, welche sich besonders durch rasche Ermüdbarkeit, selbst bei geringfügigen Muskel-Leistungen, kundgibt. Die Schwächezustände können aber auch in ausgeprägte Paresen in bestimmten Muskelgebieten übergehen und sie beherrschen dann vollständig das interparoxysmale Krankheitsbild. Bald sind es ausgeprägte Facialisparesen (halb- und doppelseitig), bald Paresen der Rumpf- oder Extremitätenmuskulatur (in letzterem Falle ebenfalls meist auf einer Körperhälfte überwiegend). Die älteren Autoren, wie Delasiouve, Herpin, R. Reynolds, messen diesen Zuständen nur eine geringe Bedeutung bei. Reynold bezeichnet sie geradezu „als mehr oder minder zufällige und für die Epilepsie keineswegs charakteristische Erscheinungen.“ Sarbo betont ausdrücklich, dass er in mehreren Fällen im interparoxysmalen Stadium lang bestehende Paresen der einen oder anderen Extremität fand, ebenso Binswanger, der sie besonders im Mundfasialis und der Gaumenmuskulatur, seltener im Gebiete des Augen-Stirnfacialis oder einzelnen Augenmuskeln (leichte Ptosis) beobachtete.

Clark hat sich eindringlich mit dieser Frage beschäftigt und fasst diese Zustände als „Ermüdungslähmungen“ auf und gibt auf Grund eingehenderen Untersuchungen an, dass sie viel öfters angetroffen werden, als man ursprünglich annahm.

Der paretische Zustand und die Unsicherheit der Bewegungen machen sich vorübergehend auch bei der

Sprache bemerkbar, wobei die Kranken langsam, stockend und undeutlich, oft skandierend sprechen. Die Zunge wird zitternd mit unbeholfenen, wälzenden Bewegungen herausgestreckt. Dass dann in Fällen vorgeschrittener Degeneration die Sprache dauernd einen schwerfälligen Charakter annehmen kann, ist ja bekannt genug.

Aus den angedeuteten Spmptomen ist leicht ersichtlich, dass es zu Verwechselungen mit der progressiven Paralyse oder der multiplen Sclerose kommen kann, besonders noch, wenn ein erheblicher Intelligenzdefekt und ausgesprochene Gedächtnisschwäche zugleich vorliegen. Nur eine länger dauernde Beobachtung kann dann zu einem endgültigen Resultate führen.

Gleichzeitig wie bei der Sprache können wir auch bei der Schrift transitorische Veränderungen feststellen. Dieselbe wird unregelmässig, stockend und auf den ersten Blick unleserlich. Es besteht öfters ein förmliches Schriftstottern, das in einer Wiederholung der Silben oder Buchstaben, einer Abkürzung oder einem Hinzufügen von fremden Buchstaben zu einem Worte besteht. Aber viel häufiger als diese Störungen beobachtet man Veränderungen der Schrift selbst, die sich namentlich auf die Grössenverhältnisse der Schriftzeichen und deren Lage beziehen, ein Symptom, das wir bei dem schon erwähnten Untersuchungsgefangenen sehr deutlich ausgesprochen finden und das, wie betont werden muss, kein dauerndes Zustandsbild abgibt, sondern zu andern Zeiten wieder völliger Normalität weicht.

Unter anderen körperlichen interparoxysmalenen Symptomen hebt Aschaffenburg noch folgende hervor, die wir hier zu beobachten bei einem jungen Menschen von 15 Jahren Gelegenheit hätten. Neben heftigen Kopfschmerzen, die anfallsweise auftreten und

sich besonders auf den Hinterkopf lokalisierten, profusse Schweissausbrüche, die ohne irgend welche körperliche Anstrengung bei strengster Bettruhe auftraten, so dass der betreffende Patient gleichsam im Schweisse schwamm, Pulsbeschleunigung bis 120 bis 140 Schläge in der Minute, Appetitlosigkeit, diffuse Diarrhöe, Magenschmerzen und träge Pupillenreaktion. Bei betreffendem Patient konnte bis jetzt trotz genauester Beobachtungen ein eigentlicher Krampfanfall nicht konstatiert werden, wohl aber zum grössten Teil die bereits erwähnten Symptome, unter denen noch so heftige Schwindelgefühle auftraten, dass, wenn man den Kranken aus dem Bette herausgehen liess, er gehalten werden musste, um nicht zu fallen.

Féré spricht in seinem Werk von den Schwindelanfällen und betont, dass der Schwindel übrigens das einzige, epileptische Symptom sein kann, sei es, dass es in vereinzelten Anfällen oder aber in Serien auftreten kann.

Auch das Gefühl von Abgeschlagensein, häufige Blässe des Gesichts und gleich darauf congestive Röte wechselten sehr oft. Auch Siemerling beschreibt diese Symptome.

Eine andere Erscheinung erwähnt zuerst Charcot in seinen „Poliklinischen Vorträgen", nämlich das unmotivierte Gähnen, nicht wie es bei Hysterischen vorkommt, in regelmässigen Zwischenräumen. Charcot weist auf Féré hin, der ebenfalls einen Fall mitteilt in der „Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière", wo bei einem Epileptiker das Gähnen in den Zwischenpausen der Anfälle auftrat.

Eine bis jetzt noch nicht geschilderte Art von Aequivalenten beschreibt Levi-Bianchini und bezeichnet sie als psycho-gastrischen Krisen. In einem der Fälle entsprachen diese Krisen zeitlich genau den früher vorhanden gewesenen konvulsivischen Atta-

quen, denen sie sich somit substituiert hatten. Diese Krisen waren charakterisiert durch Erbrechen, Speichelfluss, heftigste Magenschmerzen, Zittern, Pupillenerweiterung und allgemeine Reflexsteigerung.

Neben diesen interparoxysmalen transitorischen, somatischen Symptomen verdienen die geistigen Störungen der Epileptiker im Intervall ein besonderes Studium. Sie sind tatsächlich recht häufig und sehr mannigfaltig.

Es handelt sich dabei einerseits um die erst von Aschaffenburg ins rechte Licht gesetzten epileptischen Verstimmungen, andererseits um kurzdauernde Ausnahmezustände anderer Art, die in ihrer symptomatologischen Zusammensetzung wohl den bekannten Aequivalenzparoxysmen gleichen, aber eben dadurch ausgezeichnet sind, dass sie nur flüchtige Schwankungen inmitten der sonstigen „Normalzuständen" der Epileptiker darstellen.

Aschaffenburg hat diese Zustände schon früher und dann zusammenfassend in seiner Monographie: „Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker" eingehend geschildert auf Grund von 50 Beobachtungen. Bei 70 Prozent fand er solche Zustände, die er als Aequivalente ansieht und zwar viel häufiger als die Krämpfe selbst, ja bei Krampfepileptikern vermisst er sie fasst nie.

Nun kommen aber solche Verstimmungen auch bei Hysterikern, Traumatikern, Schwachsinnigen vor. Verfasser findet die epileptischen Verstimmungen gekennzeichnet durch den Mangel an psychologischer Begründung, durch plötzliches Eintreten und eben solches Verschwinden, selbst wenn einmal eine Ursache da war und noch besteht, ferner dass bei diesen Kranken schon kleine Mengen von Alkohol in solchen Zuständen die heftigsten Erregungen erzeugen.

Die Form der Stimmungsanomalie ist eine verschiedene.

In den leichteren Fällen ist es nur eine unbestimmte innere Unruhe, eine grundlose Beklemmung, die den Kranken zu keiner Arbeit kommen lässt, die ihn finster, menschenscheu und wortkarg macht. In den schwereren treten stärkere Beängstigungen auf, der Kranke sieht sein Leben, seine Zukunft in hoffnungslosem Licht und beschliesst, seinem Leben ein Ende zu machen, was ihm nicht selten gelingt.

Daraus erklärt sich mancher unvermutete Selbstmord, für den eine eigentliche Ursache nicht gefunden werden kann. Unter anderem soll man dabei an larvierte Epilepsie denken und nachforschen, ob der Selbstmörder im Leben nicht vereinzelte der schon erwähnten Symptome gezeigt hat und man wird dann manchmal des Rätsels Lösung finden.

Manche greifen in dieser Verstimmung zum Trunk. Aschaffenburg weist in seiner vorerwähnten Abhandlung auf Grund eingehender Untersuchungen auf den Zusammenhang zwischen Verstimmung der Epileptiker und Dipsomanie hin. Er betrachtet die Verstimmungen, die als Einleitung des dipsomanischen Zustandes oder als deren einziges Symptom bei durchgeführter Alkoholabstinenz in Erscheinung treten, als eine Aeusserungsform der Epilepsie und stellt von neuem die Behauptung auf, dass die Stimmungsschwankungen ein spezifisches Symptom der Epilepsie sind, ein Symptom, das wegen der Häufigkeit des Vorkommens und wegen seiner Schwere für die Auffassung der Epilepsie von allergrösster Bedeutung ist, eine Anschauung, die auch Gaupp in seiner Abhandlung „Dipsomanie" vertritt, wenn er schreibt, „dass die Verstimmung der Dipsomanen in ihrer klinischen Erscheinung durchaus den epileptischen gleichen, dass sich ferner beim periodischen Trinker im Laufe der

Zeit diejenigen Veränderungen seines geistigen Wesens ausbilden, in denen wir das bedeutungsvolle Symptom des epileptischen Charakters wieder erkennen".

Hiebei sei bemerkt, dass Heilbronner sich hinsichtlich dieser Aeusserungen ablehnend verhält, Räcke nur in beschränktem Masse zustimmt. Näcke spricht sich ebenfalls gegenüber der allzugrossen Betonung jener Schwankungen, die alle Uebergänge zeigen, sehr vorsichtig aus und warnt bezüglich der Diagnose auf Epilepsie, wenn nicht Krämpfe irgendwie sonst beobachtet wurden.

Pfister, der sich in forensischer Beziehung viel mit den Epileptikern beschäftigt hat, betont ebenfalls diese Verstimmungen, wenn er schreibt: „dass plötzlich eine derartige Verschiebung der Stimmungslage für längere Zeit eintritt und mitten hinein in sie zahlreiche kleinere, motorische oder vasomotorische Entladungen erfolgen, während weder von Anfang noch bei der mehr oder minder plötzlichen Lösung der Verstimmung irgend welche Insolte konstatiert werden können". Interessant ist seine Beobachtung, dass diese Verstimmungen schon in der frühesten Kindheit auftreten können, besonders bei Kindern, die mit Epilepsie erblich belastet sind, und dass gerade bei Kindern es nicht selten auf Grund dieser Verstimmungen zum Selbstmorde kommt.

Uebrigens sind diese vorübergehenden Stimmungsschwankungen nicht nur depressiver Art, es kommt gar nicht selten auch die gegenteilige heitere Verstimmung zur Beobachtung, wie wir hier diese Zustände bei dem schon vorerwähnten jungen Burschen feststellen konnten. Bei ihm zeigte sich eine alberne Heiterkeit mit Neigung zu allerlei mutwilligen Streichen, er führte renommistische Reden, die jeder Grundlage entbehrten, wie durch nähere Erkundi-

gungen bei den Angehörigen konstatiert wurde, er legte einen lebhaften Bewegungsdrang an den Tag, Aeusserungen, die einen hypomanischen Anfall vortäuschen können. Diese vielgestaltigen Verstimmungen sind oft von ganz kurzer Dauer, äussern sich gelegentlich nur in einzelnen Worten, kommen überhaupt nur durch Zufall zur Kenntnis des Arztes, sei es, dass er zufällig Zeuge dieses Zustandes selbst ist, oder dass es einem aufmerksamen Pfleger auffällt, dass der Kranke im Verhältnis zu seinem sonstigen Zustand „eben anders ist wie gewöhnlich".

Auch Féré erwähnt diese Zustände, wenn er sagt: „dass die psychischen Störungen der Epileptiker einen depressiven Charakter zeigen und oft von gewalttätigen und aggressiven Handlungen gefolgt werden. Indessen ist es nicht immer so, ausnahmsweise kann man eben auch, wie erwähnt, ein heiteres, zuversichtliches Delir finden".

Diese Verstimmungen und die andern auffälligen Erscheinungen nun sind, worauf Jolly als erster hinweisst, nicht selten die Ursache der ungemeinen Reizbarkeit der Epileptiker und er betont, dass die Reizbarkeit der Epileptiker durchaus keine dauernde Eigenschaft zu sein braucht, wie gemeinhin immer angenommen wird. Denn oft löst dieselbe Ursache bei dem gleichen Epileptiker die heftigsten Erregungszustände aus, die zu andern Zeiten wieder völlig ausbleiben, obwohl der nämliche Reiz vorliegt.

Neben diesen verschiedenen Verstimmungen findet man häufig auch ganz flüchtig das Bild des epileptischen Stupors. Die Kranken sind in ihrer Beweglichkeit, in ihrer Sprachtätigkeit und in ihrem Denken vollständig gehemmt.

Auch bei geringeren Graden lässt sich eine deutliche Denkhemmung nachweisen, sie fassen Fragen und Aufforderungen schwer und langsam auf, finden

die Worte nicht. Oft liegt nicht nur das einfache Bild der Hemmung vor, sondern zuweilen verraten sich Sinnestäuschungen meist ängstlicher Natur neben der Hemmung in auffälligen Ausdrucksbewegungen oder Stellungen. Die Kranken lassen sich auf die Knie nieder, falten die Hände zum Gebet etc. In hiesiger Anstalt haben wir einen Kranken, der in einem solchen Zustande erklärte: „er sei Gott, der liebe Gott sei jetzt im Ruhezustande, und habe ihm das Regiment über die Welt übertragen; er empfinde dies sehr lustig, er könne es aber nicht ändern.“ Ganz kurz darnach stellt er entschieden in Abrede, eine derartige Bemerkung gemacht zu haben, „das sei alles gelogen.“

In diesen Zuständen bemerkt man oft eine völlige Desorientierung über Ort, Zeit und Situation, ja es kann durch massenhaftes Auftreten von Sinnestäuschungen auf verschiedenen Sinnesgebieten zu einer völligen Loslösung von der Wirklichkeit kommen und wir haben dann das Bild von traumartigen Dämmerzuständen.

Auch diese Erscheinungen sind oft so kurz, dass sie kaum auffallen. Wie oft wird von dem Pfleger bei der Beaufsichtigung der arbeitenden Kranken gemeldet, dass „mit dem und dem Kranken heute nichts anzufangen ist,“ „er steht da und stiert in eine Ecke,“ während ganz kurze Zeit darnach der Kranke wieder der alte, fleissige Arbeiter ist wie zuvor.

Diese Dämmerzustände sind nun sowohl psychologisch als auch forensisch wichtig. Sind dieselben schon in ihrer angedeuteten Eigenart ganz dazu angetan, die Laienwelt irre zu führen, so müssen sie in ihren flüchtigen Formen erst recht zu Fehlurteilen führen. Aber auch der Sachverständige kann in solchen Fällen retrospektiv vielfach nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen.

C. Westphal hat seiner Zeit in seiner Monogra-

phie die noch heute geltenden Bewusstseinstrübungen charakteristisch festgestellt, wenn er schreibt: „Es gibt Zustände von der Dauer von Minuten bis Stunden, in welchen das Bewusstsein derartig tief gestört sein kann, dass der Betreffende sich in einem Ideenkreis bewegt, der wie losgelöst erscheint von seinen normalen, auf Grund dessen und der damit verknüpften Gefühle und Willenserregungen er Handlungen begeht, welche dem gewöhnlichen Inhalt seines Denkens vollkommen fremdartig sind und keine Beziehungen dazu haben, ohne dass dabei die Fähigkeit zu zusammenhängenden und bis zu einem gewissen Grade unter sich folgerichtiger Handlungen aufgehoben wäre."

Während es aber einesteils Dämmerzustände gibt, die nur wenige Sekunden dauern, wo die Kranken Tätigkeit und Gespräch plötzlich abbrechen oder nur automatisch fortsetzen und wieder zu sich kommen ohne Bewusstsein für die eben vorhandengewesene Absence, kann man andererseits solche beobachten, in denen der Kranke triebartig eine Reihe zusammenhängender Handlungen scheinbar ganz geordnet vornimmt. Besonders ist es der oft planlose Wandertrieb (vielfach der Grund von Fahnenflucht von Soldaten), — aber auch bei ihnen liegt die Sache zuweilen so, dass nur der Beginn der abnormen Handlung im Dämmerzustand lag, während das weitere Verhalten nur die mehr oder weniger erzwungene Folge der einmal begonnenen Situation darstellt —, die Brandstiftung und sexuelle Delikte, so das Begehen exhibitionistischer Handlungen.

Die epileptischen Dämmerzustände zeigen eine gewisse Konstanz. Bestimmte Handlungsweisen wiederholen sich öfters in stereotyper Weise und gerade diese Wiederholungen müssen dann den Verdacht auf das Bestehen einer epileptischen Neuropathie erwecken.

Wie schon erwähnt, zeigen einzelne Kranke beim Begehen von Handlungen ein scheinbar ganz geordnetes Verhalten. Siemerling hat aber darauf hingewiesen, dass genauere Erkundigungen bei Augenzeugen doch oft ergeben, dass die Betreffenden ein absonderliches Verhalten zeigten. Das grosse Publikum ist ja immer geneigt, über jedes auffällige Verhalten, in der Annahme, der Betreffende sei betrunken, leicht hinwegzugehen und die Schuld dem Alkohol zuzuschieben.

Ein Merkmal, welches von grosser Wichtigkeit ist und früher oft überschätzt wurde, ist das mehrfach genannte Fehlen der Erinnerung für die Zeit der Störung. Gewöhnlich erwacht der Epileptiker aus seinem Zustand ohne eine Ahnung von dem inzwischen Vorgefallenen. Ja manchmal finden wir eine sogenannte „retrograde Amnesie." In diesem Falle greifen die Erinnerungslücken über eine längere oder kürzere Zeit von Beginn der Geistesstörung hinaus, wie es bei schweren Kopfverletzungen oder Erhängungsversuchen geschieht. Es wäre verkehrt, eine totale Amnesie als ein Hauptkriterium der epileptischen Geistesstörung anzunehmen. Oft besteht eine merkbare, summarische Erinnerung, genau so, wie bei unsern Erinnerungen an Träume. Aehnlich wie hier kann zuerst jede Erinnerung fehlen und dann allmählich wieder auftauchen und umgekehrt. Einzelne Teilerlebnisse werden erinnert, andere sind völlig verschwunden. Die Erinnerungen können oft unvollständig mit ins Wachbewusstsein übergehen und dann gerade allerdings an unwesentliche Nebenumstände. Aus dem Vorhandensein gewisser Gedächtnisreste kann man also keinen Schluss gegen die epileptische Natur einer transitorischen Geistesstörung ziehen. Wenn also die totale und partielle Amnesie ein sehr charakteristisches Kennzeichen epileptischer Geistes-

störung ist, wenn auch nicht ganz ausschliesslich bei ihr sich findend, so ist sie doch nicht ausschlaggebend. In diesem Falle gewinnt aber der Nachweis sonstiger interparoxysmaler Symptome eine erhöhte Bedeutung und sie bilden dann eine hervorragende Grundlage zur Beurteilung und Auffassung eines solchen Falles als eines epileptischen.

Ein bemerkenswertes Symptom findet sich noch häufig in den epileptischen Dämmerzuständen, das leicht der Beobachtung entgehen kann, weil es aufgesucht werden muss. Es zeigt sich nämlich eine grosse Erschwerung der Wortfindung, die sich soweit steigern kann, dass der Kranke nur über wenige Worte verfügt. Das ganz oder fast mutacistische Verhalten derartiger Kranken wird leicht als blose Folge herabgesetzter Vorstellungstätigkeit und daraus resultierenden Mangels an Mitteilungsbedürfnis aufgefasst; veranlasst man sie aber, eine Reihe vorgelegter Gegenstände zu benennen, so tritt eine ausgesprochene Unfähigkeit, die Bezeichnung für erkannte Dinge zu finden, hervor; es kommt zu einer amnestischen Aphasie. Derartige sprachliche Eigentümlichkeiten finden sich aber nicht nur während eines ausgesprochenen Dämmerzustandes oder im Abklingen desselben, sondern auch gelegentlich vorübergehend zu Zeiten, wo man an einen Dämmerzusand zu denken, keinen Anlass hat. Untersucht man nämlich Epileptiker, die gerade über irgend welche vage Indispositionen körperlicher Natur klagen oder die eben eine ihrer üblichen Szenen gemacht haben, genauer auf ihren Geisteszustand, so kann man nicht selten Anzeichen der obengenannten sprachlichen Abnormitäten nachweisen. Damit hat sich ein sonst wohl unerkannt gebliebener psychopathischer Ausnahmezusand markanter enthüllt.

In dieselbe Kategorie gehört die gelegentliche Neigung zu Perseverationen.

Zu erwähnen ist noch das Auftauchen von plötzlichen Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen bei ganz geringen Anlässen, eine sehr häufige Erscheinung, die als Motiv für Straftaten Epileptischer eine grosse Rolle spielen kann. Charakterisiert sind diese Aeusserungen im Gegensatz zu denen der eigentlichen Paranoikern, dass sie nur unter anfallsartig auftretenden Stimmungen erfolgen.

Nachdem schon im Vorhergehenden auf die Aehnlichkeit zwischen Epilepsie und Dipsomanie hingewiesen ist, soll hier auch noch die Verbindung von Alkoholintoxikation und epileptischer Konstitution berührt werden, soweit sie zu transitorischen Störungen Anlass gibt.

Da die Epilepsie bekanntlich meist mit übergrosser Empfindlichkeit gegen Alkohol verknüpft ist, so ergeben sich daraus von selbst interparoxysmelle Erscheinungen, die so regelmässig sie auch von der Laienwelt verkannt zu werden pflegen, schon von sich aus den Gedanken an Epilepsie nahelegen. Wie innig verknüpft die epileptischen Entladungen mit Alkoholgenuss sind, ergibt sich ja ohne weiteres aus der geläufigen Tatsache, dass schon geringe Mengen Alkohol einen typischen Krampfanfall auslösen können. Von den psychopathischen Folgezuständen des Alkoholabusus der Epileptiker ist am bekanntesten der sog. pathologische Rauschzustand, der nicht selten erst den Anlass gibt, bei dem betreffenden Individuum, das bisher noch nicht als epileptisch galt, nach weiteren Symptomen der Fallsucht zu fahnden. Der pathologische Rausch verläuft, wie bekannt, unter stürmischer, zornmütiger oder ängstlicher Erregung und es kommt zu tiefer Bewusstseinstrübung mit totaler und partieller Erinnerungslosigkeit. Allein es kommen im Anschluss an Alkoholgenuss bei Epileptikern auch noch andere Ausnahmezustände vor, die man in

grösserer Anzahl am besten nach Anstaltsfesten da beobachten kann, wo strenge Abstinenz noch nicht durchgeführt ist. Am nächsten oder übernächsten Tage kommen dann gewöhnlich allerlei unliebsame Ereignisse zur Meldung: Zornexplosionen, ängstliche Verstimmungen leichterer Art, dämmerige Bewusstseinsumnebelungen.

Das epileptische Gehirn, wie Kraepelin sagt, „ist eben ganz besonders empfindlich „intolerant" gegen die Wirkungen des Alkohols."

Einen prägnanten Fall von Alkoholintoleranz haben wir hier in der Anstalt in der Person des schon vorher erwähnten Untersuchungsgefangenen, der in einem pathologischen Rauschzustande einen Mordversuch auf ein Mädchen machte. Bei der Alkoholprüfung anlässig der Abgabe des Gutachtens zeigt sich bei ihm Folgendes:

Er bekommt innerhalb 2 Stunden 3 Liter Bier; schon nach dem ersten halben Liter wird er zusehends freier und ausgelassener Stimmung, er spricht und lacht viel; nach dem Genusse der 3 Liter ist er hochgradig erregt und reizbar, verlangt noch mehr Bier; will schon 2 Dutzend Glas getrunken haben, bekommt noch ½ Liter Bier. Seine Erregung nimmt zusehends einen aggressiven Charakter an, der sich besonders gegen den anwesenden Arzt richtet. Er zeigt sich völlig desorientiert, schwankt beim Gehen, stürzt blindlings auf den Arzt und die Pfleger los unter Drohungen, sucht zu treten und zu schlagen; schliesslich erbricht er, sinkt zu Boden, kriecht gegen die Umstehenden, sucht sich aber gleich wieder aufzurichten und gegen die Umstehenden zu treten. Nach einer Stunde ist er völlig bewusstlos. Wird ins Bett gebracht. Kurze Zeit darauf weint er und stöhnt, bleibt nicht zu Bett, sondern sucht sich unter heftigem Schreien gegen die Nahekommenden zu wehren und

sie anzupacken, bis er im Schosse des Arztes einschläft. Abermals ins Bett gebracht, wird er wieder unruhiger und versinkt schliesslich ausser Bett auf dem Boden gekauert in tiefen Schlaf. Am nächsten Morgen ist er wieder völlig klar und bei Bewusstsein, klagt über Kopfschmerzen und zerschlagene Glieder, weiss aber von dem ganzen Rausche nichts mehr, ausser dass er ein Glas Bier getrunken habe.

Fassen wir das im Vorhergehenden Gesagte in aller Kürze zusammen, so sehen wir, dass, wenn wir unsere Aufmerksamkeit auf die vorgenannten interparoxysmalen transitorischen Symptome lenken, oft das Vorhandensein von Epilepsie da aufzudecken vermögen, wo dieselbe, da sie sich z. B. in nächtlichen Anfällen oder Schwindelanfällen zeigte, noch nicht zu beobachten war. Allerdings muss eben das ganze Krankheitsbild in Betracht gezogen werden. Denn keines von den angeführten Symptomen ist ausschliesslich charakteristisch für Epilepsie, da sie ja noch bei andern Geistes- und Nervenkrankheiten vorkommen können. Der Kreis der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Geistesstörungen verengert sich aber sehr, wenn man die zeitlichen Faktoren, die sogenannten Periodizität und das Episodische in Rechnung zieht: d. h. das in mehr oder weniger regelmässigen Abständen anfallmässige Auftreten von kurzen Störungen, die sich also von dem Dauerzustand des Individuums scharf als Episoden abheben, wie es nicht nur Kraepelin, sondern auch Aschaffenburg betont, wenn er schreibt: „nicht der Krampfanfall, nicht der Schwindel, ebensowenig die Verstimmung sind das Hauptkennzeichen der Epilepsie, sondern die p e r i o d i s c h e n Schwankungen des psychischen Gleichgewichts, die je nach der allgemeinen Beteiligung des Zentralnervensystems zu leichteren oder schwereren Bewusstseinstrübungen führen und die von

Krampfzuständen begleitet sein können, aber nicht begleitet sein müssen.

Die interparoxysmalen Symptome nun, sowohl die somatischen als auch die psychischen sind nun nach verschiedenen Richtungen wichtig.

1. Für die Klinik. Denn durch das genaue Untersuchen jeden einzelnen Symptoms wird der Begriff der Epilepsie ausserordentlich vertieft und man ist bei der Beurteilung eines dunkeln Falles für jeden kleinen und scheinbar unbedeutenden Fingerzeig dankbar. Besonderes Gewicht muss auf das periodische Auftreten von Störungen gelegt werden, die bald mehr als nervöse Reiz- oder Lähmungserscheinungen, bald mehr als psychopathische Ausnahmezustände der verschiedensten Spielarten in die Erscheinung treten.

2. Für die Therapie: Das ganze Heer der obengeschilderten transitorischen Störungen wird noch vielfach verkannt und muss darum zu unangebrachten therapeutischen Massnahmen führen. Die richtige Diagnose wird dann auch der Therapie die rechten Wege zeigen.

3. Es muss bei kriminell gewordenen Epileptikern auch in deren anfallsfreien Zwischenzeiten und auch dann, wenn die chronische Degeneration an sich noch keine Exkulpierung sichert, mit ganz besonderer Sorgfalt das eventuelle Vorhandensein eines transitorischen Ausnahmezustandes geprüft werden.

Literatur.

1. **Aschaffenburg.** Ueber die Stimmungsschwankungen der Epileptiker.
2. **Aschaffenburg.** Archiv für Psychiatrie, Band XXVII. — Ueber gewisse Formen der Epilepsie.
3. **Binswanger.** Epilepsie. (Ebsteins und Schwalbes Handbuch.)
4. **Cowers.** Epilepsie. II. Auflage.
5. **Emminghaus.** Ueber epileptische Schweisse.
6. **Féré,** Epilepsie. (Deutsch von Ebers.)
7. **Féré.** Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière I. 1888.
8. **Jolly.** Epilepsie. (Ebsteins und Schwalbes Handbuch.)
9. **Levi - Bianchini.** Crisi psicogastrische di epilessia. (Ref. in der Med. Klinik 1906.)
10. **Liepmann.** Epilept. Geistesstörungen. Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.
11. **Kraepelin.** Lehrbuch 1899, Band II.
12. **Kraepelin.** Lehrbuch, Band II, 6. Auflage.
13. **Kötscher.** Ueber das Bewusstsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung.
14. **Krafft-Ebing.** Lehrbuch der Psychiatrie.
15. **Krafft-Ebing.** Gerichtliche Psychopathologie.
16. **Pfister.** Strafrechtliche psychiatrische Gutachten. — Stuttgart, Ferd. Enke. 1902.
17. **Sarbo.** Der heutige Stand der Pathologie und Therapie der Epilepsie.
18. **Siemerling-Binswanger.** Lehrbuch der Psychiatrie.
19. **Siemerling.** — Berliner Med. Wochenschrift 1895. — Ueber die transitorischen Bewusstseins-Störungen der Epileptiker in forensischer Beziehung.
20. **Sommer.** Lehrbuch der psycho - pathologischen Untersuchungsmethoden.
21. **Sommer.** Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie.
22. **Wollenberg.** Epilepsie. Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

Lebenslauf.

Geboren am 9. Dez. 1875 zu Neustadt a/H. (Rheinpfalz) als Sohn des daselbst verstorbenen Kaufmann Jakob Weyland kam ich 1882 in die Volksschule, trat 1885 in das dortige Gymnasium ein und absolvierte 1895. Am 1. Okt. 1895 diente ich beim Infanterie-Leib-Regiment und war zugleich an der Universität München bis Ende des Sommersemesters 1897 immatrikuliert. Das Wintersemester 1897—98 verbrachte ich in Heidelberg, kam dann nach Würzburg, machte dorten im Juli 1898 das Physicum und verblieb bis zum Jahre 1901. Hierauf siedelte ich nach Erlangen über, bestand dorten im Jahre 1905 die Approbation. Vom 7. Jan. 1906 bis 21. Nov. 1906 war ich als Medizinalpraktikant in der Kreis-Kranken- und Pflege-Anstalt Frankenthal, erhielt dorten das Approbationszeugnis als Arzt und bin nun seit 25. März 1907 als Assistenzarzt in der Kreis-Irren-Anstalt Klingenmünster.

Ludwig Weyland.